

## FICHE D'INSCRIPTION

### Camp de la relâche 2019

VOTRE ENFANT			
Prénom :		Nom :	
Date de naissance :    ___/___/___ <small>                                  JJ                                  MM                                  AAAA</small>		Âge au début du camp :	
Ass. Maladie : _____ Exp : _____			Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LES TUTEURS <span style="float: right;">***LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC <input type="checkbox"/> tuteur 1 <input type="checkbox"/> tuteur 2</span>			
Nom du tuteur 1 :		Nom du tuteur 2 :	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :	Code Postal :	Ville :	Code Postal :
Téléphone : (Rés.) :		Téléphone : (Rés.) :	
(Bur.) :	(Cell.) :	(Bur.) :	(Cell.) :
Courriel :		Courriel :	
Reçu d'impôt au nom de (Revelé 24) :		#Ass. sociale du tuteur (obligatoire) _____	
AUTORISATION Vous devez inscrire un mot de passe qui vous permettra de repartir avec votre enfant			
<input type="checkbox"/> L'enfant peut quitter seul		Mot de passe : _____	
OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU CAMP DE LA RELÂCHE ?			
<input type="checkbox"/> Site web <input type="checkbox"/> Affiche ou dépliant au Centre <input type="checkbox"/> Infolettre <input type="checkbox"/> Page Facebook <input type="checkbox"/> Ami / Famille <input type="checkbox"/> Autres : _____			
INSCRIPTIONS (Cases à cocher)			
<b>4 au 8 mars 2019</b>			
Touche-à-tout 153 \$	Mini-gymnastique 199 \$	Mini-natation 199 \$	
Gymnastique (6-9 ans) 199\$	Natation (6-12 ans) 199\$	Boxe (10-12 ans) 199\$	
À la journée 46 \$	Dates demandées : _____	À la journée Sortie 56 \$	
Voulez-vous faire un don à la Fondation Père Sablon ?		Montant : _____ \$	
PAIEMENT			
<b>CARTE DE MEMBRE :</b> La carte de membre du Centre Père Sablon est obligatoire pour l'inscription au camp de la relâche (10 \$).			
<b>PAIEMENT :</b> La totalité du coût d'inscriptions doit être payée au moment de l'inscription.			
<b>REMBOURSEMENT :</b> Toute demande de remboursement doit être complétée avant le début du camp. Les documents de demande de résiliation sont disponibles à la réception du Centre Père Sablon. Toute annulation entraînera des <b>frais administratifs de 10 %</b> . La carte de membre n'est pas remboursable.			
<b>DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE :</b> De l'aide financière est disponible, consultez notre site web ( <a href="http://www.centresablon.com">www.centresablon.com</a> ) pour plus d'informations. La demande d'aide financière doit être approuvée avant toute inscription.			
Signature du tuteur légal : _____			Date : _____

**FICHE MÉDICALE OBLIGATOIRE AU VERSO**

# FICHE D'INSCRIPTION

## Camp de la relâche 2019

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE – AUTRES QUE LES TUTEURS (OBLIGATOIRE)			
Prénom et nom	Lien de parenté	Téléphone (Principale)	Téléphone (Secondaire)
1.			
2.			
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX			
<b>Votre enfant souffre-t-il de problème de :</b> <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Colonne <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Oreilles <input type="checkbox"/> Autres : _____ Détails : _____			
<b>Votre enfant a-t-il les maladies suivantes :</b> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ Détails : _____			
<b>Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgies, blessures graves, maladies chroniques, etc.)</b> Détails : _____			
<b>Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants:</b> <input type="checkbox"/> Tétanos (date : _____) <input type="checkbox"/> Rougeole (date : _____)			
<b>Votre enfant a-t-il des allergies :</b> <input type="checkbox"/> Piqures d'insectes <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Allergies/intolérances alimentaires <input type="checkbox"/> Autres : _____ A-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) : _____			
<b>Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :</b> <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> Phobie <input type="checkbox"/> Autisme * <input type="checkbox"/> TED* <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle * <input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger * <small>*Veuillez remplir le formulaire de demandes de renseignement supplémentaire afin que nous puissions accueillir votre enfant</small>			
<b>Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Détails : _____			
<b>Votre enfant prend-t-il des médicaments* ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Détails et posologie : _____ <small>*Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les heures de camp de jour, veuillez l'indiquer lors de sa première journée de camp</small>			
AUTORISATION			
<b>SOINS INFIRMIERS :</b> J'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance. Si la direction ne peut me joindre ou joindre les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin à prodiguer <b>TOUS</b> les soins médicaux requis. <span style="float: right;"><b>Initiales :</b> _____</span>			
<b>ACTIVITÉS EXTÉRIEURES :</b> J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le camp, à l'intérieur et à l'extérieur, incluant les sorties en autobus scolaire ou de ville.			
<b>PHOTOS :</b> J'autorise, à moins d'avis écrit contraire, le Centre Père Sablon à utiliser des photos et vidéos d'activités où mon enfant apparaît, dans un but promotionnel.			
<b>RISQUE :</b> Je reconnais que la pratique des activités du programme camp de jour comporte des risques et dangers inhérents, peu importe le niveau de supervision de l'animateur et le niveau d'habileté de l'enfant. Je reconnais aussi que mon enfant doit respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables aux activités auxquelles il participe, et ce, pour diminuer le plus possible les risques de dommages. <span style="float: right;"><b>Initiales :</b> _____</span>			
<b>J'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée de votre enfant au camp.</b>			
J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques et que je suis bien informé sur le mode de paiement et les conditions de remboursement. Je certifie avoir pris connaissance des autorisations ci-dessus.			
Signature du tuteur légal : _____			Date : _____